

### Transplantationsmedizin - kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis

Schneider, Werner; Manzei, Alexandra

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Sammelwerksbeitrag / collection article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schneider, W., & Manzei, A. (2006). Transplantationsmedizin - kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis. In A. Manzei, & W. Schneider (Hrsg.), *Transplantationsmedizin: kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis* (S. 7-26). Münster: agenda Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-311288>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

# **Einleitung: Transplantationsmedizin – Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis**

*Werner Schneider / Alexandra Manzei*

## **Transplantationsmedizin als gesellschaftliche Praxis – neue Grenzfragen und Grenzprobleme**

Auch wenn die Geschichte der Transplantationsmedizin weiter zurück reicht als bis in jenes bekannte Jahr 1967 mit der ersten, als ‚gelungen‘ definierten Herztransplantation (vgl. Schlich 1998a, 1998b), erfolgte von diesem Datum an eine zunehmende Popularisierung der transplantationsmedizinischen Praxis, die zunächst jede weitere erfolgreiche Übertragung eines Organs in den Medien als Sieg des intensivmedizinisch-technischen Fortschritts über Krankheit, Leiden und Tod feierte. Eine breite öffentliche Aufmerksamkeit und damit das gesellschaftliche Bewusstsein im umfassenden Sinne erreichte das Thema ‚Organtransplantation‘ (und Hirntod-Definition) in Deutschland jedoch vor allem in den 1990ern. In dieser Zeit – im Vor- und Umfeld der deutschen Transplantationsgesetzgebung – wurden allerdings nicht nur die Verdienste der Transplantationsmedizin, sondern auch ihre Schattenseiten aus den verschiedenen Perspektiven und Blickwinkeln von Experten (Medizinern, Juristen, Philosophen, Ethikern) sowie von Politikern, Journalisten, Laien kontrovers diskutiert.

Die öffentlichen Auseinandersetzungen waren zumeist geprägt von gegensätzlichen Positionen und polarisierenden Wertungen, die zwischen vorbehaltloser Affirmation und medizinkritischer Technikfeindlichkeit oszillierten. Während auf der einen Seite die Transplantationsmedizin als bruchlose Erfolgsgeschichte eines innovativen medizintechnischen Wissens- und Handlungsfeldes zum Wohle von Schwerstkranken propagiert wurde, kreiste die gegen sie vorgebrachte Kritik z.B. um eine Verurteilung der biotechnischen Ökonomisierung des menschlichen Körpers in der ‚Transplantationsindustrie‘ oder mündete mitunter gar in eine pauschale Ablehnung jeglicher medizintechnischer Neuerungen. Und während die Interessenvertreter der Transplantationsmedizin damals wie heute auf den steigenden Bedarf an Organen verweisen und die möglichst umfassende moralische Verpflichtung zur Organspende betreiben, um ‚Leben zu retten‘ bzw. den ‚Tod auf der Warteliste‘ zu vermeiden, sehen die Kritiker sowohl in der rechtlichen Regelung der erweiterten Zustimmungslösung wie in diesem moralischen Zwang das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen gefährdet. Aus ihrer Sicht kann im Kontext

von Organspende nur jeder selbst über seinen Sterbensprozess entscheiden, und niemand darf im Sinne einer Sozialpflichtigkeit des menschlichen Körpers für die Krankheit, für den Tod eines Anderen verantwortlich gemacht werden.<sup>1</sup>

In einer oberflächlichen und simplifizierenden Lesart mögen diese zum Teil bis heute andauernden Kontroversen als Kämpfe zwischen gesellschaftlichen Innovations- und Beharrungskräften erscheinen, die mit technologischem Fortschritt und sozialem Wandel gemeinhin einhergehen – noch dazu in einer Mediengesellschaft mit ihrer Tendenz, strittige gesellschaftliche Themen sensationsbegierig aufzubauschen. Entgegen solchen Pauschalisierungen eröffnet jedoch ein zeitdiagnostisch sensibler, gesellschaftstheoretischer Blickwinkel eine differenziertere Sichtweise darauf, welche Bedeutung der Auseinandersetzung um die Transplantationsmedizin als gesellschaftliche Praxis im Umgang mit Kranken, Sterbenden und Toten, mit so genannten Spendern und Empfängern von Organen zukommt und welche kulturellen Deutungen zu Krankheit und Leiden, zu Leben, Sterben und Tod damit verbunden sind.

Die fortschreitende Moderne – in Anlehnung an Ulrich Beck u.a. auch als ‚reflexive‘ Moderne bezeichnet – ist durch eine gesellschaftliche Entwicklung gekennzeichnet, die als *zunehmende Infragestellung ihrer eigenen modernen Basisprinzipien und Selbstverständlichkeiten* beschrieben werden kann (vgl. z.B. Beck et al. 2001; Beck et al. 2004). Als Beispiele für solche Basisprinzipien, die sich mit dem Wandel von der traditionellen hin zur modernen Gesellschaft etabliert haben, wären u. a. zu nennen: der strikte Gegensatz von Natur und Gesellschaft, die eindeutig erscheinende Differenz menschlich/nicht-menschlich und der anhand körperlicher Merkmale festgemachte Status der ‚Person‘ oder auch die oftmals als selbstverständlich begriffenen Unterscheidungen von lebendig oder tot, gesund oder krank (vgl. z.B. Lindemann 2002; Manzei 1997, 2003; Schneider 1999; Viehöver et al. 2004; Wehling et al. 2005). Diese für die Moderne typischen und kollektiv geteilten Differenzsetzungen und Dichotomien orientierten bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein die gesellschaftliche Wirklichkeit, wie sie als Normalität von den Gesellschaftsmitgliedern wahrgenommen wurde.

Mittlerweile zeigt sich immer deutlicher, dass und wie diese Vorstellungen, Grundunterscheidungen und scheinbar so eindeutigen Grenzziehungen sich verändern, brüchig und hinterfragbar werden, gegenüber neuen grenzüberschreitenden bzw. entgrenzenden Deutungen und Handlungsvorgaben ihre uneingeschränkte Gültigkeit verlieren. Insbesondere das Feld der Medizin erweist sich in diesem Kontext als ein zentraler gesellschaftlicher Praxisbereich, in dem im Zuge seiner wissenschaftlichen und technischen Weiter-

---

<sup>1</sup> Exemplarisch für diese Debatten vgl. z.B. Hoff/in der Schmitten (1995), Höglinger/Kleinert (1998).

entwicklung ein Strukturwandel zu beobachten ist, der die eigenen modernen Grundlagen und Fundamente dieses Bereichs auszuhebeln droht. Gerade weil es der modernen (naturwissenschaftlichen) Medizin gelingt, ihre Wissens- und Praxisfelder immer weiter auszudehnen, immer mehr als ‚natürlich gegeben‘ geltende Wirkungszusammenhänge der technisch-instrumentellen Verfüg- und Gestaltbarkeit zu erschließen (z.B. von der Transplantationsmedizin über die Schönheitschirurgie bis zur Stammzellentherapie und Reproduktionsmedizin), geraten die existenziellen Grenzfragen menschlichen Daseins in Bewegung. Die bislang als gültig gesetzten, gewohnten und als selbstverständlich erachteten Grenzziehungen und Unterscheidungen zu Leben, Sterben und Tod, zu Krankheit und Gesundheit, zu Körperlichkeit – als natürlich gegeben versus künstlich-technisch hergestellt bzw. gestaltet – werden mit der naturwissenschaftlich-technischen Entwicklung in der Medizin seit den 1950ern in wachsendem Maße fragwürdig. Im Sinne eines ‚Reflexiv-werdens‘ der bisher herrschenden institutionellen Ordnung verlieren sie ihre kategoriale Eindeutigkeit und ihren vermeintlich ‚ontischen‘ Charakter, werden kontingent und müssen neu gestaltet werden.

Grenzüberschreitung, Grenzauflösung und Entgrenzung bewirken folglich mehr als nur ambivalente Unsicherheit und Ungewissheit. Sie provozieren bzw. intensivieren ‚*Grenzpolitiken*‘ und zwingen vermehrt zu Entscheidungen – mit der Folge neuer Grenzziehungen: „Je mehr Entgrenzung, desto mehr Entscheidungszwänge, desto mehr provisorisch-moralische Grenzkonstruktionen“ (Beck et al. 2004, 15), die noch dazu in dem Bewusstsein vollzogen werden (müssen), dass nichts ist wie es ist, sondern auch ganz anders sein könnte.

Dieser *gesellschaftliche Zwang zu Grenzpolitiken mit kontingenten Grenzkonstruktionen* richtet sich umso deutlicher auf jene gesellschaftlichen Praxisfelder, die – wie die Medizin – in ihren institutionellen Rahmungen und professionellen Selbstverständnissen ein uneindeutiges, diffuses (Nicht-)Wissen, ein unbestimmtes, offenes ‚anything goes‘ auf Dauer nur schwer oder gar nicht zulassen. Und er erscheint gleichzeitig umso schwieriger bewältigbar für jene institutionellen Bereiche, die – wie die Medizin – um existenzielle Grenzfragen menschlichen Lebens und Sterbens zentriert sind, deren gesellschaftliche Konstruiertheit und kulturelle Variabilität auch die fortgeschrittene Moderne sich nicht wirklich eingestehen möchte. Trotz allem Reflexiv-werdens ist dem gesellschaftlichen Bewusstsein offenbar bis heute der Gedanke, dass nicht gleichsam objektiv ‚die Natur‘, sondern nur wir – als Gesellschaft – die Grenzen menschlichen Lebens entlang der von uns als gültig erachteten Wertegefüge ziehen können, kaum erträglich (vgl. Schneider 1999, 2001).

Vor diesem Hintergrund sind die eingangs angedeuteten Kontroversen im Kontext der Transplantationsmedizin auf den zweiten Blick keineswegs

mehr nur als (vernachlässigbare) Begleiterscheinungen eines vermeintlich unweigerlich die gesellschaftliche Entwicklung bestimmenden technologischen Fortschritts zu sehen. Sie sind vielmehr – umgekehrt – konkrete Ausdrucksform jener gesellschaftlichen Grenzpolitiken, mit denen in Deutungskämpfen um solche existenziellen Grenzfragen festgelegt wird, wem die Deutungshoheit für das jeweilige institutionelle Praxisfeld zukommen soll, welches Wissen als gültiges Wissen die Wahrnehmung und die – wie auch immer technikvermittelte – Ausgestaltung der Praxis orientieren soll.

### **Grenzpolitiken als Wissenspolitiken: Transplantationsmedizin und kulturelles Wissen**

Eine solche Sichtweise auf die mit der Transplantationsmedizin verbundenen, öffentlich ausgetragenen Auseinandersetzungen führt zu folgenden Fragestellungen: Wie – mit welchen ‚Wissenspolitiken‘ – bewerkstelligen moderne Gesellschaften die Bearbeitung dieser Grenzfragen und Grenzziehungen? Mit welchen ‚Entscheidungen‘ (basierend auf welchem Wissen) suchen sie Handlungssicherheit und Deutungsgewissheit herzustellen? Welche Ordnung des Wissens um Gesundheit und Krankheit, um Leben, Leiden, Sterben und Tod setzt sich dabei durch und mit welchen kulturellen und sozialen Folgen geht dies einher?

Dabei ist hier mit dem Begriff ‚*Wissenspolitik*‘ keineswegs nur die Produktion und Verteilung von (wissenschaftlichem) Wissen im Sinne einer „politischen Alltagsfrage“ gemeint, die in der Wissensgesellschaft entlang politischer und ökonomischer Erwägungen gewissermaßen permanent zu bearbeiten ist (Stehr 1994, 514). In einer an Michel Foucault angelehnten diskurstheoretisch orientierten Perspektive bezeichnet Wissenspolitik eine hegemonialisierend wirkende ‚*Politik der Wahrheit*‘ als *machtvolle institutionelle Durchsetzung von als ‚wahr‘ geltendem Wissen* (vgl. Foucault 1978), welches sowohl im sozialen Austausch, in den sozialen Bezügen der Menschen handlungswirksam wird als auch ihre wechselseitige Selbst- und Fremdwahrnehmung als Subjekte bestimmt (vgl. Schneider/Hirsland 2005; auch Keller 2005).

Am Beispiel der Hirntod-Definition lässt sich kurz illustrieren, wie die jeweilige institutionalisierte Wahrnehmung – besser: das jeweilige ‚*Fürwahr-nehmen*‘ – dessen, was ‚der Fall‘ zu sein hat, als Resultat aus den Deutungskämpfen um die Transplantationsmedizin die Praxis des Umgangs mit Hirntoten auf spezifische Art und Weise ausrichtet. So gilt der festgestellte Hirntod – nach derzeitiger Rechtslage in Deutschland<sup>2</sup> – als ein sicheres Todeszeichen, das dazu berechtigt, den Totenschein auszustellen. Gemäß dem

---

<sup>2</sup> Vgl. das Transplantationsgesetz z.B. unter [www.bmgesundheit.de/rechts/organ/organ/übersicht.htm](http://www.bmgesundheit.de/rechts/organ/organ/übersicht.htm).



schriftlich erklärten Willen des von der Organentnahme Betroffenen, bei Nichtvorliegen auch unter Zuziehung der Angehörigen, können dem ‚Toten‘ benötigte Organe entnommen werden, wozu dessen Körper für die dazu erforderliche Zeit ‚künstlich am Leben‘ zu erhalten ist.

Was hierbei von Ärzten, Pflegenden, Angehörigen im praktischen Umgang mit dem ‚Toten‘ an Körperzeichen wahrgenommen, erfahren werden kann – z.B. Atmen als Heben und Senken des Brustkorbes, Herzschlag, Schwitzen, sogar Bewegungen der Arme oder Beine etc., sind dem geltenden Hirntod-Kriterium nach keine ‚Lebenszeichen‘ mehr. Sie sind entweder als technische Artefakte oder als ‚bedeutungslose Muskelzuckungen‘ (sog. spinale Reflexe) der durch entsprechende Untersuchungen objektivierten und wissenschaftlichen Rationalitätskriterien unterliegenden Diagnose ‚hirntot‘ mit ihrer Deutung ‚tot‘ unterzuordnen.

Würde – so die Position der Kritiker des Hirntod-Kriteriums in den 1990ern – der diagnostizierte Hirntod hingegen nicht als Zeichen für den eingetretenen Tod des Menschen gelten, sondern als zweifelsfrei nachzuweisender ‚irreversibler und vollständiger‘ Ausfall eines zentralen Organs lediglich als Kriterium dafür, dass das Sterben eines Menschen nur noch maschinell hinausgezögert, aber keinesfalls mehr abgewendet werden kann, dann wäre der hirntote Patient bis zum Zeitpunkt einer eventuellen Organentnahme noch als ein Lebender, wenngleich unvermeidlich Sterbender zu betrachten. Insofern wäre mit ‚Hirntod‘ das entscheidende Entnahmekriterium für eine Organspende im unaufhaltsamen Prozess des Sterbens eines Menschen bezeichnet, zu der ausschließlich der Betroffene selbst seine Zustimmung geben könnte, da es sich dabei um einen entscheidenden Eingriff in den Sterbungsprozess handeln würde.

Aus einer diskurstheoretischen Perspektive folgt hieraus: Nicht die ‚Gegenstände‘, die Objekte (z.B. der sterbende Körper, das noch schlagende Herz, die ausgefallenen Hirnfunktionen etc.) bestimmen, ob ein Beobachter bzw. ein Akteur in einer Situation, in der er als Arzt, als Pflegender, als Angehöriger mit einem hirntoten Patienten konfrontiert ist, eine Leiche oder einen Sterbenden wahrzunehmen hat, sondern die jeweils geltende, gegenüber alternativen Vorstellungen und Deutungen durchgesetzte Todes-Definition. Ob also in einer solchen Situation von den Akteuren diese oder jene Handlungen als erforderlich angesehen oder als unsinnig abgetan, dieses oder jenes als wünschenswert oder als verwerflich bewertet wird, erschließt sich aus dem als gültig gesetzten kulturellen Wissen um Krankheit und Leiden, um Leben, Sterben und Tod, welches das Handeln der Akteure rahmt und orientiert. Allgemeiner formuliert: Das, was wir als Sterben, als Tod ‚für-wahrnehmen‘ und in und durch unser Handeln als ‚Wahrheit des Todes‘ ‚wirklich‘ werden lassen, gründet in jenen machtvollen Wissenspolitiken, die ihre ‚Wahrheiten‘ diskursiv vermittelt gegenüber konkurrierenden Positionen

durchsetzen können. Gemeinsame Werte, kollektive Deutungsmuster, Alltagsvorstellungen, die mit Sterben und Tod verbunden sind, sowie die damit einhergehenden Normierungen, institutionellen Handlungsvorgaben für Laien wie für medizinische Experten sind folglich Effekte der jeweils herrschenden Wissensordnung (vgl. Schneider 2005).

Kennzeichnend für die *moderne Wissensordnung* war und ist dabei eine Wissenspolitik, die mit dem institutionell abgesicherten Primat des objektivierbaren, rationalen wissenschaftlichen Wissens die Differenz zu einem vormodernen Gesellschaftsverständnis mit einer traditionellen, auf religiösem Glauben basierenden Kultur markiert. In der Moderne garantiert nicht mehr der religiöse Glaube – wie noch in der traditionellen Gesellschaft – das richtige, weil ‚Wahrheit‘ produzierende Wissen um Leben und Tod und bietet in der religiös fundierten Wertegewissheit auch Handlungssicherheit. An seine Stelle tritt der säkularisierte Glaube an das als ‚wertfrei‘ gedachte, weil allein der Rationalität verpflichtete und deshalb ‚wahre‘ (wissenschaftliche) Wissen. Dem aufgeklärten Rationalitätsglauben der Moderne folgend produziert dieses Wissen in der vermeintlichen Gewissheit seiner Wertfreiheit jene Handlungssicherheit, die das moderne Subjekt für sein als ‚Fortschritt‘ definiertes ‚Lebensprojekt‘ – der technisch-instrumentellen Austreibung von Lebensunsicherheit im Diesseits, der Vermeidung von Krankheit und Leiden, den Kampf gegen vermeidbares Sterben – benötigt (Schneider 1999, 151 ff.).

Nicht zuletzt ist es dieser – das kulturelle Wissen der Moderne beherrschende – *Rationalitätsglaube*, der den Wahrheitsstatus objektivierten Wissens gegenüber anderen Wissensformen absichert und so auch gewährleistet, dass die Diagnose ‚hirntot‘ und ihre Deutung ‚tot‘ die körperlich-sinnlichen Wahrnehmungen im Umgang mit Hirntoten dominiert. Die oftmals ambivalenten und zwiespältigen Erfahrungen von Akteuren im Praxisfeld der Transplantationsmedizin (Patienten, Angehörige, medizinisches Personal) fanden demgegenüber in den öffentlichen wie in den medizinischen Debatten lange Zeit kaum Gehör. Entweder blieben sie als ‚subjektive Perspektiven‘ weitgehend vernachlässigt und ausgeblendet, oder sie wurden selektiv als ‚authentische Falldarstellungen‘ im Rahmen interessensgebundener Argumentationsgänge für die jeweils eigenen Ziele vereinnahmt. So oder so ordnete sie der öffentliche Diskurs um Organtransplantation und Hirntod-Definition dem vorherrschenden, einem positivistisch-naturwissenschaftlichen Weltbild geschuldeten, objektivierbaren ‚wahren‘ wissenschaftlichen Wissen unter.

### **Das andere Wissen – Zur empirischen Relevanz von Erfahrungswissen im (transplantations-)medizinischen Bereich**

Doch einer solchen Ausgrenzung und Diskriminierung von ‚subjektiven Erfahrungen‘ und den damit verbundenen Deutungen als ‚irrationales Wissen‘

steht eine langsam wachsende gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den immanenten Grenzen wissenschaftlich-technischen Wissens sowie der Bedeutung alternativer Wissensformen gegenüber (vgl. dazu Beck et al. 2001; Böhle et al. 2002). Diese Entwicklung reicht bis in die 1970er Jahre zurück, in deren Folge die Auffassung eines grenzenlosen technischen Fortschritts und einer endlos wachsenden Naturbeherrschung zunehmend strittig wurde. Vor allem in jüngster Zeit mehren sich empirische Forschungsprojekte, die ihr Augenmerk verstärkt auf dieses ‚anderen Wissen‘ richten – so bspw. in neueren arbeitspsychologischen und organisationssoziologischen Studien, die das Verhältnis von ‚*Erfahrungswissen*‘ (implizitem Wissen, tacit knowledge etc.)<sup>3</sup> und wissenschaftlich-technischem Wissen thematisieren sowie die Relevanz von Erfahrungswissen für die erfolgreiche Anwendung technischer Verfahren untersuchen (vgl. Büssing et al. 1999, 2002; Wengenroth/Heymann 2001).<sup>4</sup> Wie unterschiedlich auch immer in den verschiedenen medizinischen Themenfeldern Struktur und Bedeutung alternativer Wissensformen eingeschätzt werden mögen,<sup>5</sup> so sind sich jene Forschungen doch in der Forderung einig, dass die moderne Medizin nicht allein in ihrer naturwissenschaftlich-technischen Praxis aufgeht.

Gleichwohl bleibt die technisierte Alltagspraxis der modernen Krankenhausmedizin von solchen Forschungen bzw. Forderungen bislang weitgehend unberührt. Zwar werden insbesondere für jene Bereiche, die mit einem hohen Einsatz technischer Verfahren direkt am Körper des Patienten ansetzen, wie die Intensivmedizin, der Operationsbereich, die Transplantationsmedizin, die Grenzen wissenschaftlich-technischen Wissens seit längerem ethisch diskutiert. Systematische sozial- und kulturwissenschaftlich orientierte empirische Studien, die auf die Bedeutung verschiedener Wissens- und Praxisformen zielen und/oder das Verhältnis von wissenschaftlich-technischem Wissen und Erfahrungswissen im medizinischen Alltag untersuchen, finden sich in der

---

<sup>3</sup> Unter Erfahrungswissen wird jenes Wissen verstanden, welches nicht systematisch erzeugt und überprüft, sondern im praktischen alltäglichen Vollzug von den Akteuren persönlich erworben und angewendet wird. Explizites ‚Lehrbuchwissen‘, wie etwa wissenschaftliches Wissen, fließt darin zwar auch ein, Erfahrungswissen bleibt jedoch nicht darauf beschränkt. Seine Situations- und Kontextgebundenheit sowie seine biographische und leibliche Prägung – Erfahrungswissen wird oft eher als Vermögen oder Können beschrieben, denn als kognitives Wissen – weist Erfahrungswissen als strukturell anderes Wissen im Vergleich zu formalisierbaren, abstrakten und verallgemeinerbaren Wissensformen aus (vgl. z.B. Böhle et al. 2004, insbes. 95 ff.; auch Büssing et al. 2002).

<sup>4</sup> Auch in der biotechnologischen Forschung selbst erfährt das nicht-wissenschaftliche Wissen zunehmend größere Beachtung. So wurde bspw. das nicht-wissenschaftliche Wissen indigener Bevölkerungsgruppen hinsichtlich seiner Bedeutung für die Entwicklung von Medikamenten erforscht (vgl. Hayden 1998).

<sup>5</sup> Hier gehen die Positionen teilweise weit auseinander (vgl. Büssing et al. 2002).



deutschsprachigen Forschung jedoch bisher nur vereinzelt (vgl. die folgenden Literaturhinweise).

Dieses Forschungsdefizit ist umso bemerkenswerter, als auch und gerade in der High-Tech-Medizin – ebenso wie in anderen hoch technisierten nicht-medizinischen Handlungsfeldern – das *Erfahrungswissen der Akteure* eine bedeutsame Rolle spielt. In der medizinischen Alltagspraxis ist es unverzichtbarer Bestandteil jener professionellen Expertise, mit der qualifiziertes Personal die erfolgreiche Anwendung komplexer technischer Verfahren überhaupt erst ermöglicht. Alle technisch dominierten Informationen über den Patientenkörper, wie Laborwerte, Beatmungsparameter, oder auch technologische Visualisierungen mittels Ultraschall, Computertomografie oder anderer Verfahren, müssen von den Akteuren – Ärzten, Pflegenden – ‚gedeutet‘, also sinnhaft aufgefüllt werden, um überhaupt ‚aussagekräftig‘ zu sein. Für sich genommen sind die formalisierten technischen Daten über den Patienten weder aussagefähig noch lassen sie sich gleichsam ‚automatisch‘ zu anderen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in Bezug setzen. Somit sind es nicht nur die institutionell vorherrschenden Deutungsrahmen und -vorgaben, sondern auch die situations- und kontextbezogenen Wahrnehmungen, Definitionen, Deutungen der Akteure, die z.B. aus den technisch er- und vermittelten Informationen erst handlungsrelevantes Wissen entstehen lassen, welches in der gegebenen Situation das konkrete Handeln anleitet. Am Beispiel des elektronischen Monitorings einer in der Intensivmedizin verwendeten technischen Überwachung des Patienten,<sup>6</sup> lässt sich die Relevanz des Erfahrungswissens im ‚klinischen Blick‘ gegenüber dem naturwissenschaftlich-technischen Lehrbuchwissen veranschaulichen.

Der Überwachungsmonitor gibt Alarm und zeigt bspw. ein „Kammerflimmern“ an, d.h. eine als lebensbedrohlich zu wertende Herzfrequenzstörung. Für das betreuende pflegerische bzw. ärztliche Personal stellt sich damit die Frage, ob tatsächlich eine Herzrhythmusstörung vorliegt, die akut notfallmedizinisch behandelt werden muss, oder ob es sich um ein sog. *Artefakt*, d.h. eine Fehlermeldung des Gerätes handelt. Der erste Blick richtet sich sofort auf den Patienten und beurteilt dessen „klinischen“ Gesamteindruck: Hat dieser eine „rosige“ Hautfarbe, fühlt sich warm an und atmet regelmäßig, wird von einer Fehlermeldung ausgegangen und die Ableitungen (Elektroden oder Sonden) werden kontrolliert. Zum „klinischen Blick“ hinzu kommt die Beurteilung des Gesamtkontextes: Hat der Patient vielleicht Fieber oder ist die Raumtemperatur sehr hoch, so dass er schwitzt und die Elektroden nicht richtig haften; ist er trotz Bewusstlosigkeit unruhig, weil er möglicherweise Schmerzen hat und

---

<sup>6</sup> E-Monitoring: elektronische Überwachung der Vitalzeichen des Patienten, wie Herz- und Atemfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung des Blutes usw., entweder mittels Elektroden, die auf der Körperoberfläche angebracht werden, Blutdruckmanschette, die am Oberarm fixiert wird, und peripherer O<sub>2</sub>-Messung an einer Fingerkuppe oder mittels ‚blutiger Messung‘, d.h. durch das Legen einer Messsonde in die Blutbahn. Je nach Krankheitsbild und körperlicher Verfassung des Patienten werden die Alarmgrenzen des Gerätes sowie die Häufigkeit der regelmäßigen Kontrollmessungen unterschiedlich eingestellt.

braucht stärkere Schmerzmittel; oder wird der Patient gerade physiotherapeutisch behandelt, so dass sich die Ableitungen durch die Bewegung gelöst haben (Manzei 2004).

Für die Anwendung technischer Verfahren in der High-Tech-Medizin ist aber nicht nur das (professionelle) Erfahrungswissen medizinischer und pflegerischer Akteure unverzichtbar. Auch das Erfahrungswissen ‚unqualifizierter Techniknutzer‘, wie der Patienten und ihrer Angehörigen, muss bei der Anwendung medizinisch-technischer Verfahren beachtet werden. Invasive Eingriffe, wie bspw. die Herzkatheterisierung, die bei Bewusstsein der Patienten erfolgen, lassen sich nur dann erfolgreich durchführen, wenn der Patient Vertrauen zum ausführenden Arzt sowie zur Technik selbst besitzt, z. B. aufgrund eigener positiver biographischer Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Beziehung oder infolge bereits erlebter medizinisch-technischer Untersuchungen (vgl. Müller-Mundt 1993).

Auch im Bereich der Transplantationsmedizin im engeren Sinne zielen mittlerweile verschiedene sozial- und kulturwissenschaftliche Forschungsarbeiten auf einen empirischen Blick, der die institutionalisierte transplantationsmedizinische Wissensordnung rekonstruiert und die Relevanz verschiedener Wissens- und Praxisformen im transplantationsmedizinischen Alltag ausweist.<sup>7</sup> In einzelnen (medizin-)historischen, soziologischen, psychologischen, ethnologischen, kulturwissenschaftlichen sowie gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Untersuchungen werden in den letzten Jahren alternative Wissensformen mit ihren sozialen und kulturellen Fundamenten thematisiert, die als *Korrektiv und als Ergänzung wissenschaftlich-technischen Wissens* von Bedeutung sind. Insbesondere finden dabei Erfahrungen aus den Perspektiven der unterschiedlichen Akteure in diesem Feld Berücksichtigung, die nicht formalisierbar bzw. quantifizierbar sind (z.B. Selbst- und Fremderfahrungen des transplantierten Körpers, ‚Erfahrungswissen‘ zu ‚lebendig versus tot‘, zum Verhältnis von Krankheit und Gesundheit usw.). So haben verschiedene psychologische, kulturwissenschaftliche und auch medizinische Studien gezeigt, dass das Gelingen einer Organtransplantation entscheidend vom persönlichen Erfahrungswissen und der ‚Mitarbeit‘ der betroffenen Akteure abhängt: Sei es, dass Ängste und Schuldgefühle bei Organempfängern das Abstoßungsrisiko erhöhen (vgl. Wellendorf 1993), oder dass ein Großteil jener medizinischen Akteure, die an Transplantationen beteiligt sind, bei sich

---

<sup>7</sup> Im engeren Themenkreis von Organtransplantation und Hirntod-Definition sind für den deutschsprachigen Raum als soziologische Analysen z.B. zu nennen Junge (2001); Lindemann (2002); Manzei (1997, 2003); Meyer (1998); Obrecht (2001); Schneider (1999); spezieller für organisations- und techniksoziologische Perspektiven vgl. exemplarisch Feuerstein (1995); Joerges (1996); aus ethnologischer Sicht Hauser-Schäublin et al. (2001); Kalitzkus (2003); für die Medizingeschichte Schlich (1998a, 1998b), Schlich/Wiesemann (2001); in kulturwissenschaftlicher Perspektive z.B. Baureithel/Bergmann (1999).

selbst keiner Explantation zustimmen würden (vgl. Schweidtmann/Muthny 1997); sei es, dass Transplantierte ihr Leben mit dem neuen Organ als ambivalent und widersprüchlich erleben, wie es der anschauliche und ergreifende Bericht des herztransplantierten Philosophen Jean Luc Nancy verdeutlicht (vgl. Nancy 2000), oder, dass die Bewegungen von Hirntoten von Angehörigen und Pflegenden als Lebenszeichen gedeutet werden, was die Freigabe als Organspender erschwert, wie das folgende Zitat eines Angehörigen verdeutlicht.

„Der Befund der ersten Untersuchung lautete: Ihre Frau ist zu 95 Prozent hirntot mit einer sich verschlechternden Erwartung. Meine Frau wurde auf die Intensivstation verlegt, ich blieb den ganzen Tag bei ihr. Als ich abends schon müde war, sagte ich, tschüss, ich geh jetzt nach Hause, um ein bißchen zu schlafen. Zu meiner großen Verwunderung gab es bei diesen Worten auf dem Herzfrequenzschreiber, der bislang ein ganz gleichmäßiges Bild abgegeben hatte, einen wilden Ausschlag bis an die Ober- und Untergrenze des Bildes. Für mich bedeutete das, meine Frau hat mir geantwortet und gleichsam voller Schrecken zugerufen, du kannst mich in dieser Situation doch nicht alleine lassen. Ich blieb die ganze Nacht bei ihr, und im Hinsprechen auf meine Frau wiederholte sich dieses Ausschlagen der Kurve öfter. Am nächsten Tag wurde ich vom Stationsarzt gefragt, können wir die Organe ihrer Frau entnehmen. Das ist für mich eine sehr bestürzende Frage gewesen, weil ich ja subjektiv meine Frau in der Nacht durchaus als kommunikativ, also psychisch lebendig erfahren hatte. Ich habe dann nein geantwortet, habe die Explantation abgelehnt. Daraufhin kam der Chefarzt und sagte, wir werden ihre Frau verlegen. Ich stand dabei, als die künstliche Beatmung abgestellt wurde, und war sehr erstaunt, daß meine Frau zwei Tage lang alleine noch weitergeatmet hat. Sie ist dann am 30. Oktober endgültig gestorben.“ (WDR Radio 5 vom 11.12.1995)

## **Zielstellung des vorliegenden Bandes und Übersicht zu den Beiträgen**

Der vorliegende Band greift den durch diese Hinweise angedeuteten Zugang zu den diversen Erfahrungen, Perspektiven, Wissensbeständen der beteiligten Akteure im institutionellen Feld der Transplantationsmedizin auf und möchte die *verschiedenen Wirklichkeiten der Transplantationsmedizin als gesellschaftliche Praxis mit ihren jeweils vorherrschenden Wissensformen und Deutungen* offenlegen. In einer disziplin- und länderübergreifenden Zusammenschau werden sozial- und kulturwissenschaftlichen Arbeiten versammelt, die die sozialen Praktiken und alternativen Deutungen in der Transplantationsmedizin in ihren unterschiedlichen institutionellen und lebensweltlichen Bezügen rekonstruieren und die Erfahrungen und Wissensmuster der kollektiven wie individuellen Akteure ausweisen.

Damit soll zum einen grundsätzlich die Fruchtbarkeit einer sozial-/kulturwissenschaftlichen Perspektive gezeigt werden, die aufhellen kann, wie welches Wissen, welche Deutungen, Bewertungen entstehen können, wie sie sich praktisch durchsetzen und welche Folgen für die institutionell-

organisatorische Ordnung der Transplantationsmedizin sich daraus ergeben. Und zum anderen geht es weniger um die allgemeine Diskussion von ethischen Positionen, als vielmehr darum, jene kulturell bestimmten Wissens- und Praxisformen zu beleuchten, die im Feld der Transplantationsmedizin – als einer hochtechnisierten und international vernetzten Medizin – von Bedeutung sind und das konkrete Wahrnehmen und Handeln der Akteure orientieren. Zwar leistet das vorliegende Buch hierzu keinen systematischen Ländervergleich (der in der empirischen Forschung bis heute noch aussteht), aber es bietet exemplarische Einblicke in verschiedene Länder mit ihren jeweiligen transplantationsmedizinischen Themen und Praktiken.<sup>8</sup>

Selbstverständlich kann auch nicht der Anspruch erhoben werden, die Frage nach dem Verhältnis von wissenschaftlich-technisiertem Wissen und persönlichem Erfahrungswissen sowie dessen Bedeutung für die Techniknutzung anhand der Transplantationsmedizin umfassend beantworten zu wollen – dazu bedarf es ohne Frage umfassender interdisziplinärer Forschungsprojekte. Aber eine disziplinübergreifende Zusammenschau von solchen alternativen Zugangsweisen und Befunden auf der Grundlage der bisher nur verstreut vorliegenden empirischen Forschungen kann hierfür durchaus als erstes Fundament dienen. Somit konzentriert sich der vorliegende Sammelband auf das Hervorheben, *dass* es deutungs- und handlungsrelevante alternative Wissensformen/Erfahrungen auch innerhalb der westlichen ‚Technik-Medizin‘ gibt, die für den Einsatz technischer Verfahren in der Transplantationsmedizin von Bedeutung sind. Das *primäre Ziel* besteht also darin, diese ‚andere Seite‘ der Transplantationsmedizin zur Sprache zu bringen, sie als *gesellschaftliche Praxis mit ihren kulturellen Wissensfundamenten* in ihren grundlegenden Konturen vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen auszuweisen und in den derzeitigen Diskurs um die zukünftigen (Forschungs- wie Praxis-)Perspektiven der fortschreitenden ‚Technik-Medizin‘ einzubringen. Die *Zielgruppe* beschränkt sich damit nicht nur auf am Thema Interessierte aus den beteiligten und hier versammelten sozial- und kulturwissenschaftlichen Disziplinen sowie interessierte transplantationsmedizinische ‚Praktiker‘. Angesprochen sind vielmehr auch jene politisch relevanten Interessensverbände mit ihren Öffentlichkeitsarbeitern, denen an Einblicken in die *transplantationsmedizinische Praxis als gesellschaftliche Wirklichkeit*, an Kenntnissen zu den kulturellen und sozialen Dimensionen dieses spezifischen Erfahrungs-, Wissens- und Handlungsfeldes gelegen sein dürfte.

Dazu gliedert sich der Band in *zwei Teile*: Unter der Überschrift *„Kulturelles Wissen – Institutionelle Praxis: Historische und ländervergleichende Perspektiven“* enthält der *erste Teil* Beiträge, die in verschiedenen Ländern

<sup>8</sup> In einem ähnlichen Zugang haben Bender et al. (2005) die weltweit sehr unterschiedlichen Praktiken und Deutungen der Stammzellforschung in den Blick genommen.



(Deutschland, Japan, Österreich, Schweiz, Spanien, USA) das institutionelle Wissens- und Praxisfeld der Transplantationsmedizin in seiner historischen Entwicklung sowie in seiner institutionell-organisatorischen Durchsetzung und Verbreitung beleuchten.

Der in Philadelphia, USA, arbeitende Kulturwissenschaftler *William R. LaFleur* geht in seinem Beitrag von der Annahme aus, dass die breite christlich-religiöse Akzeptanz der modernen Transplantationstechnologie in den USA keineswegs eine zwingende moralische Notwendigkeit darstellt. Vielmehr beruhte sie auf historisch kontingenten Voraussetzungen, die, zumindest aus dem Blickwinkel ihrer Befürworter, eine einzigartige, sich historisch gewissermaßen genau ‚zur rechten Zeit‘ eröffnende Gelegenheit zu deren Durchsetzung boten. In einem Vergleich zwischen USA und Japan erläutert LaFleur auf der einen Seite, wie eine ethische Debatte in den USA seit den 1960ern Organspende und Agapé als Inbegriff von Christlichkeit auf spezifische Art und Weise verknüpfte. Und er demonstriert auf der anderen Seite für Japan anhand der kulturell-religiösen Widerstände gegen die Transplantationsmedizin deren kulturelle Inkompatibilität, indem die ideologische Formierung eines religiös-ethischen ‚agapéc calculus‘ für Organspende mit seinen westlichen Implikationen, Wertungen und Legitimationen den kulturellen Traditionen in Japan entgegensteht.

Keine solchen kulturellen Inkompatibilitäten schildert der in Vigo arbeitende Soziologie *David Casado-Neira* in seiner Analyse des Transplantationsystems in Spanien, das in einschlägigen Debatten immer wieder als das weltweit erfolgreichste gelobt wird. In seiner Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen, der konkreten Organisationsstrukturen bis hin zu den dahinter stehenden kulturellen Kontexten zeigt Casado-Neira insbesondere im Vergleich von Organspende, Gewebespende und Blutspende, wie durch die spezifische organisatorische Verknüpfung der spanischen Transplantationspraxis sowie ihrer Propagierung typische kulturelle Fundamente und Traditionen der spanischen Gesellschaft adressiert werden: Hier der Familialismus im Kontext von Organspende, dort der Individualismus bei der Blutspende. Beides formiert sich jedoch insgesamt und einschließlich der Gewebespende offenbar zu einer hinsichtlich der Spendenbereitschaft durchaus effizienten symbolischen Rahmung von ‚Spenden‘ als Ausdruck von nationaler Identität. Für eine eigenständige, informierte und selbstbestimmte Positionierung aus Laienperspektive bleibt innerhalb dieses symbolisch-praktischen Settings – Casado-Neira zufolge – jedoch kaum Spielraum.

Die Göttinger Medizinhistorikerin *Claudia Wieseemann* rekonstruiert in ihrem Beitrag exemplarisch im Blick auf Deutschland die ‚andere Geschichte‘ der Transplantationsmedizin. Nicht die Erfolgs- oder Problemgeschichte von Organtransplantationen orientiert ihr Erkenntnisinteresse, sondern wie unter dem ‚Primat des Wissens‘ in den 1960er Jahren der Umgang mit Hirn-



toten, von da an in den Kontext von Organtransplantation eingestellt, in das praktische Problem der als Legitimation für die Organentnahme als unabdingbar erachteten, ‚absolut sicheren‘ Todesfeststellung beim ‚Spender‘ mündete. Dieses Problem, festzumachen am diskursiven Verschleiern von Kontingenz bei gleichzeitigem Aufbrechen genau dieser Kontingenz in der transplantationsmedizinischen Praxis, ist bis heute nicht gelöst. Offenbar kann die moderne Gesellschaft nicht akzeptieren, was seit Entstehung des Hirntodkonzeptes unvermeidlich erscheint: die Anerkennung von tot ist nicht gleich tot.

„Also es war nicht so, dass das irgendwie organisiert ablief (...).“ Mit diesem Zitat eines Arztes, der in den 1960er Jahren an der Etablierung der Transplantationsmedizin in der Schweiz mitgewirkt hat, titelt die in Basel arbeitende Soziologin *Silke Bellanger* ihren Beitrag über Hirntod und Organtransplantation in der klinischen Praxis der Schweiz in den 1960er und 1970er Jahren. Im Zentrum steht dabei die organisatorische Praxis, wie sie sich aus den Erzählungen und Erinnerungen der damaligen Akteure rekonstruieren lässt. Keine Zweifel an der Plausibilität des Hirntod-Kriteriums, aber entsprechende Unsicherheiten, Probleme und Schwierigkeiten bei der Implementierung einer entsprechenden Praxis der Todesfeststellung und der Organtransplantation berichten die Befragten einhellig. Bellanger rekonstruiert in den Interviews das institutionell-organisatorische Verhältnis von Intensiv- und Transplantationsmedizin zu dieser Zeit mit den dazu gehörigen Deutungen, Rollenzuschreibungen und Fremd-/Selbstwahrnehmungen der professionellen Akteure. Als ein zentrales Grenzproblem der Praxis galt es zu klären, welche Praktiken an welchem institutionellen Ort anzusiedeln waren, wo doch die institutionellen Rahmungen erst im Entstehen waren. In der Analyse zeigt sich, dass Hirntod und Organtransplantation gleichsam als Erschaffer neuer institutioneller Strukturen fungierten, und dass das, was ‚Hirntod‘ letztlich ‚ist‘, eine Frage der institutionell-organisatorischen Praxis war und ist.

Den Abschluss von Teil I bildet der Beitrag des Wiener Soziologen *Erich Griebler*, der einen direkten Vergleich der öffentlichen Debatten um Organtransplantation und Xenotransplantation in Österreich bietet. Unter dem Label zweier ‚Nicht-Debatten‘ diskutiert Griebler, wie und warum in Österreich, einem Land mit ausgeprägtem Transplantationswesen und transplantationsfreundlicher Gesetzgebung, aber auch mit erkennbaren Problemen in der transplantationsmedizinischen Praxis, kein umfassender öffentlicher Diskurs über Organtransplantation und Hirntoddefinition stattfindet. Anders als in Deutschland wird dort die öffentliche Wahrnehmung der Transplantationsmedizin weitgehend uneingeschränkt durch die kulturelle Rahmung eines idealiter außerhalb politischer Steuerung stehenden Konzepts von ‚(medizinischem) Fortschritt und Forschung‘ dominiert, welches verheißt, sein ihm

immanentes Versprechen von Gesundheit und Heilung nur dann einzulösen, wenn es möglichst ‚frei‘ seine Wirkung entfalten könne. Dieser machtvollen Verheißung stehen Positionen gegenüber, die lediglich alternative Konzepte des Sterbens, der Akzeptanz des Todes, der Pietät gegenüber Toten und des angemessenen Umgangs mit Tieren dagegensetzen und sich so kaum Gehör in der breiteren Öffentlichkeit verschaffen können.

Der *zweite Teil* des Bandes widmet sich unter der Überschrift „*Erfahrung – Praxis – Wissen: Perspektiven im Feld*“ den unterschiedlichen Wissensformen in der transplantationsmedizinischen Praxis aus medizinischer und pflegerischer Sicht, den Alltags- und Körpererfahrungen von transplantierten Patienten sowie den (vergeschlechtlichten) Motivationen und Sichtweisen von Spendern und Empfängern bei Lebendorganspenden.

Ausgehend von einer grundlegenden Kritik des herkömmlichen biotechnischen Todesverständnisses entwickelt der Mediziner *Andreas Zieger*, Leiter der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg und Lehrbeauftragter der Universität Oldenburg, in seinem Beitrag eine alternative Wahrnehmung von Patienten mit Hirntod-Syndrom und erläutert die daraus folgenden Konsequenzen für die transplantationsmedizinische Praxis. Die Grundlegung dieser alternativen Wahrnehmung findet sich in dem von Zieger vertretenen Konzept der ‚Beziehungsmedizin‘, welches in seiner praktischen Ausarbeitung in der Pflege und Rehabilitation von Menschen im Koma und Wachkoma gründet. Mit seiner ‚beziehungsmedizinischen‘ Neuformulierung der menschlichen Seinsweise im Hirntodsyndrom geht es Zieger explizit darum, den konkret-praktischen Umgang mit Hirntoten zu adressieren bzw. durch ein solches beziehungsmedizinisch inspiriertes Neuverständnis die ärztliche Haltung und Praxis bei der Hirntodbestimmung so zu verändern, dass dialogische Möglichkeiten für den Umgang mit sterbenden Menschen, die im Hirntodsyndrom leben, eröffnet werden.

Im Anschluss daran gehen der/die Ludwigshafener Pflegewissenschaftler/in *Joachim Conrad* und *Maria Feuerhack* in einer umfassenden empirischen Untersuchung anhand offener Leitfaden- und standardisierter Interviews mit Pflegenden im Bereich der Transplantations- und Intensivmedizin den praktischen Problemen von Hirntod-Definition und Organtransplantation für Pflegende in ihrem Klinikalltag nach. Dabei zeigt sich deutlich die von Pflegenden wahrgenommene Widersprüchlichkeit der Diagnose Hirntod, die – mit technischer Unterstützung durchgeführt – im Pflegealltag in krassem Widerspruch zur sinnlichen Wahrnehmung des Körpers des hirntoten Patienten steht. Gerade für Pflegende – so Conrad und Feuerhack – werden die Ambivalenzen transplantationsmedizinischer Praxis erfahrbar, wenn auf der einen Seite das eigene Empfinden, ein mehr oder weniger implizites Erfahrungswissen im pflegenden Umgang mit Sterbenden, welches der Hirntod-

Definition widerspricht, unhintergebar erscheint, und auf der anderen Seite die medizinischen ‚Fakten‘ bzw. das als rational geltende, als medizinisch-naturwissenschaftlich gesichert daher kommende Todeswissen des ‚hirntot ist gleich tot‘ im Vordergrund steht. Insofern spiegelt die Situation der Pflege im Rahmen der Transplantationsmedizin recht deutlich die Widersprüchlichkeit und Uneindeutigkeit in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod wider.

Im nächsten Beitrag bietet die Göttinger Ethnologin *Vera Kalitzkus* anhand von Interviews mit transplantierten Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal einen Einblick in die Erfahrungen von Organtransplantierten und Angehörigen hirntoter Organspender, der zeigt, was aus dem ‚gelebten Wissen‘ von Transplantierten und Angehörigen als Korrektiv des am objektivierten Körper orientierten biomedizinischen Wissens gelernt werden kann und in die Praxis der Transplantationsmedizin einfließen sollte. Auch Kalitzkus beschreibt das Spannungsfeld, indem sich die professionell in diesem Bereich Tätigen wie die direkt von der Thematik Betroffenen wiederfinden: Der Freude am Überleben bei den Transplantierten steht die Trauer um den Tod eines Menschen entgegen; objektivierte Vorstellungen vom menschlichen Körper stehen bei den Pflegenden ihrem Wissen z.B. um integrative Ansätze in der Pflege von komatösen Patienten gegenüber; ein biomedizinisches Verständnis vom Körper, das sich in weiten Teilen in der modernen Gesellschaft durchgesetzt hat, wird bei der Konfrontation von Angehörigen mit hirntoten Patienten durch die eigenen leiblichen Empfindungen und ‚gelebtes (Körper-)Wissen‘ konterkariert. Insbesondere bietet der Beitrag von Kalitzkus infolge seiner introspektiven Schilderungen des Forschungsprozesses durch die Forscherin auch einen Einblick in die am ‚eigenen Leib‘ erfahrenen Ambivalenzen, welche die Forscherin während ihrer Feldaufenthalte begleitet haben.

Schließlich präsentieren der/die Leipziger Psychologe/in *Merve Winter* und *Oliver Decker* die Ergebnisse ihrer Auswertungen von Erstgesprächen mit Lebendspendern, in denen sie mit Paaren, die in den Prozess einer Lebendspende eingebunden waren, über deren Motive, Abhängigkeiten und Ängste gesprochen haben. Die Lebendorganspende hat sich bei terminalem Organversagen eines soliden Organs (Niere, Leber) in den letzten ca. 15 Jahren von einer Randerscheinung zu einer gängigen Praxis entwickelt, wobei noch viele offene Fragen auf juristischer und versicherungsrechtlicher Seite, aber vor allem auch im psychischen und psychosozialen Bereich existieren. Besonders augenfällig ist bei diesem Verfahren der große Geschlechtsunterschied sowohl bei den SpenderInnen als auch den EmpfängerInnen, der international in vielen klinischen Studien – und so auch durch Winter und Decker – feststellbar ist und demzufolge Frauen sowohl mehr Organe spenden als auch weniger häufig Empfängerinnen von Organen sind. Winter und Decker können in ihrer Analyse zeigen, dass Frauen, die ihrem Ehemann ein

Organ spendeten, sich anscheinend überwiegend in traditionellen Rollenbeziehungen wahrnehmen, während Paarbeziehungen, in denen Männer spenden, deutlich konflikthafter beschrieben werden. Darüber hinaus spenden Frauen nicht nur als Ehepartnerinnen, sondern auch als Mütter, Schwestern, Freundinnen. Auch wenn die referierten Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe nicht problemlos verallgemeinerbar sind, weisen sie dennoch darauf hin, dass für die Lebendorganspende offenbar geschlechtsspezifische Rollenmuster, geschlechterungleiche normative Vorgaben und latente soziale Verpflichtungsstrukturen in der Transplantationsgesellschaft von Bedeutung sind, die in der Öffentlichkeit bislang keineswegs ausreichend diskutiert wurden.

### **Danksagung:**

Abschließend möchten wir uns bei all jenen bedanken, die zum erfolgreichen Gelingen des Buches beigetragen haben. An erster Stelle ist hier Wolfgang Bender, der Herausgeber der Reihe „Darmstädter Interdisziplinäre Beiträge“, zu nennen. Zum einen hat er das Publikationsprojekt über den langen Weg seines Ursprungs im Jahr 2000 – anlässlich eines von Gesa Lindemann, Alexandra Manzei und Werner Schneider an der TU Darmstadt organisierten interdisziplinären Workshop zu „Medizin – Technik – Körperlichkeit: Transformationen der Grenzen des Menschlichen“ – kontinuierlich unterstützt und begleitet. Zum anderen hat er durch einen finanziellen Zuschuss die Drucklegung des Bandes ermöglicht. Desgleichen bedanken wir uns bei der Banss-Stiftung für ihre finanzielle Unterstützung sowie bei Frau Liselotte Winterholler, für deren tatkräftige Hilfe bei der Fertigstellung des Manuskripts. Unser besonderer Dank gilt nicht zuletzt Frau Brigitte Schulda für ihre umfassenden und kompetenten technischen und gestalterischen Arbeiten an der Manuskripterstellung sowie der Umschlaggestaltung.

### **Literatur**

- Baureithel, U.; Bergmann, A., 1999: *Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende*. Stuttgart.
- Beck, U.; Bonß, W.; Lau, C., 2001: Theorie reflexiver Modernisierung – Fragestellungen, Hypothesen, Forschungsprogramme. In: *Die Modernisierung der Moderne*, hg. von U. Beck; W. Bonß. Frankfurt/Main, S. 11-59.
- Beck, U.; Bonß, W.; Lau, C., 2004: Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? In: *Entgrenzung und Entscheidung. Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* hg. von U. Beck; C. Lau. Frankfurt/Main, S. 13-62.



- Bender, W.; Hauskeller, C.; Manzei, A., 2005 (Hg.): *Grenzüberschreitungen. Konflikte in der Stammzellforschung weltweit*. Münster.
- Böhle, F.; Bolte, A.; Drexel, I.; Dunkel, W.; Pfeiffer, S.; Porschen, S., 2002: *Grenzen der wissenschaftlich-technischen Beherrschung und „anderes Wissen“ – Umbrüche im gesellschaftlichen Umgang mit sinnlicher Erfahrung*. Bericht zum SFB 536 der DFG, München, S. 97-133.
- Böhle, F.; Bolte, A.; Dunkel, W.; Pfeiffer, S.; Porschen, S.; Sevsay-Tegethoff, N., 2004: Der gesellschaftliche Umgang mit Erfahrungswissen: Von der Ausgrenzung zu neuen Grenzziehungen. In: *Entgrenzung und Entscheidung. Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* hg. von U. Beck; C. Lau. Frankfurt/Main, S. 95-122.
- Büssing, A.; Herbig, B.; Ewert, T., 1999: *Implizites Wissen und erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln*. Bericht Nr. 48 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München Technische Universität.
- Büssing, A.; Herbig, B.; Latzel, A., 2002: *Der Einfluss der Explikation impliziten Wissens auf die Handlungsgüte von Pflegekräften – eine experimentelle Untersuchung in der Krankenpflege*. Bericht Nr. 61 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München Technische Universität.
- Feuerstein, G., 1995: *Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch, moralische Grenzgänge*. Weinheim.
- Foucault, M., 1978: *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin.
- Hauser-Schäublin, B.; Kalitzkus, V.; Petersen, I.; Schröder, I., 2001: *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*, Frankfurt/Main.
- Hayden, C., 1998: Hybride Wissensformen – Mexikos Nische auf dem Markt der Biodiversität. In: *Konfliktfeld Natur. Biologische Ressourcen und globale Politik*, hg. von M. Flittner; C. Görg; V. Heins. Opladen, S. 215-233.
- Hoff, J.; in der Schmitt, J., 1995 (Hg.): *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und 'Hirntod'-Kriterium*. Reinbek bei Hamburg.
- Höglinger, G.; Kleinert, S., 1998 (Hg.): *Hirntod und Organtransplantation*. Berlin.
- Joerges, B., 1996 (Hg.): *Körper-Technik. Aufsätze zur Organtransplantation*. Berlin.
- Junge, T., 2001: *Die Okkupation des Fleisches. Konstitution des Selbst im Zeitalter der Transplantationsmedizin*. Eitorf.
- Kalitzkus, V., 2003: *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie in Deutschland*, Frankfurt/Main.
- Keller, R., 2005: *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden.



- Lindemann, G., 2002: *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München.
- Manzei, A., 1997: *Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben. Eine soziologische Kritik des Hirntodkonzeptes*. Frankfurt/Main.
- Manzei, A., 2003: *Körper-Technik-Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Münster.
- Manzei, A., 2004: *Erfahrungswissen in der technisierten Medizin*. Unveröff. Projektantrag (siehe auch: [www.wissen-medizin-technik.de](http://www.wissen-medizin-technik.de)).
- Meyer, G., 1998: *"Der andere Tod". Die Kontroverse um den Hirntod*. Frankfurt/Main.
- Müller-Mundt, G., 1993: Zum Spannungsfeld von Technikorientierung und psychosozialem Handlungsbedarf in der klinischen Kardiologie. In: *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, hg. von B. Badura; G. Feuerstein; T. Schott. Weinheim, S. 170-185.
- Nancy, J. L., 2000: *Der Eindringling. Das fremde Herz*. Berlin.
- Obrecht, S., 2001: Toleranz oder Abstoßung? Die frühe Transplantationsmedizin und ihr immunologischer Diskurs. In: *Komplexe Welt. Kulturelle Ordnungssysteme als Orientierung*, hg. von S. Götsch; C. Köhle-Hezinger. Münster, S. 421-431.
- Schlich, T., 1998a: *Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880 – 1930)*. Frankfurt/Main.
- Schlich, T., 1998b: *Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung*. München.
- Schlich, T.; Wiesemann, C., 2001 (Hg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt/Main.
- Schneider, W., 1999: *"So tot wie nötig - so lebendig wie möglich!" Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland*. Münster.
- Schneider, W., 2001: Vom schlechten Sterben und dem guten Tod – Die Neu-Ordnung des Todes in der politischen Debatte um Hirntod und Organtransplantation. In: *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, hg. von T. Schlich; C. Wiesemann. Frankfurt/Main, S. 279-317.
- Schneider, W., 2005: Der 'gesicherte' Tod – Zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne. In: *Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, hg. von H. Knoblauch; A. Zingerle. Berlin, S. 55-79.
- Schneider, W.; Hirsland, A., 2005: Macht – Wissen – gesellschaftliche Praxis. Dispositivanalyse und Wissenssoziologie. In: *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit. Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und*

- Diskursforschung*, hg. von R. Keller; A. Hirsland; W. Schneider; W. Viehöver. Konstanz, S. 251-275.
- Schweidtmann, W.; Muthny, F. A., 1997: Einstellung von Ärzten zur Organtransplantation – Ergebnisse einer empirischen Studie. In: *Transplantationsmedizin*, Jg. 9, S. 2-6.
- Stehr, N., 1994: *Arbeit, Eigentum und Wissen. Zur Theorie von Wissensgesellschaften*. Frankfurt/Main.
- Viehöver, W.; Gugutzer, R.; Keller, R.; Lau, C., 2004: Vergesellschaftung der Natur – Naturalisierung der Gesellschaft. In: *Entgrenzung und Entscheidung. Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* hg. von U. Beck; C. Lau. Frankfurt/Main, S. 65-94.
- WDR Radio 5, Manuskript der Hörfunk-Sendung vom 11.12.1995: „*Lebendig tot – Wann stirbt der Mensch?*“.
- Wehling, P.; Viehöver, W., Keller, R., 2005: Wo endet die Natur, wo beginnt die Gesellschaft? Doping, Genfood, Klimawandel und Lebensbeginn: die Entstehung kosmopolitischer Hybride. In: *Soziale Welt*, 56, 2/3 (Theorie und Empirie reflexiver Modernisierung), S. 137-158.
- Wellendorf, E., 1993: *Mit dem Herzen eines anderen leben? Die seelischen Folgen der Organtransplantation*. Zürich.
- Wengenroth, U.; Heymann, M., 2001: Die Bedeutung von „tacit knowledge“ bei der Gestaltung von Technik. In: *Die Modernisierung der Moderne*, hg. von U. Beck; W. Bonß. Frankfurt/Main, S. 106-121.